

430

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Juillet 1893, à 1 heure

PAR FRANÇOIS CHANUT,

Né à Menet (Cantal), le 22 Décembre 1864.

Ancien externe des Hôpitaux

De la Dilatation Vulvo-Vaginale

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, Professeur.
 { SCHWARTZ et MAYGRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

439
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 29 Juillet 1893, à 1 heure

PAR FRANÇOIS CHANUT,

Né à Menet (Cantal), le 22 Décembre 1864.

Ancien externe des Hôpitaux

De la Dilatation Vulvo-Vaginale

Président : M. LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } SCHWARTZ et MAYGRIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive reconnaissance

A MES TRÈS CHERS FRÈRES

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHEVIN

Ancien Interne des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Necker

AVANT-PROPOS

En suivant le service de M. le Professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, il nous a été donné d'observer un procédé particulier de dilatation vulvo-vaginale. C'était à propos d'une malade présentant un gros fibrome utérin interstitiel.

M. le Dr Pichevin, chargé du service de Gynécologie, eut recours, dans ce cas, à la dilatation de la vulve et du vagin au moyen du ballon en caoutchouc à réservoir d'air.

Il put ainsi facilement diagnostiquer la tumeur en introduisant quatre doigts dans le vagin. De plus, en agissant ainsi, il se proposait aussi d'élargir, pour la suite, le champ opératoire, et de faciliter l'hystérectomie par la voie vaginale.

Il nous a donc semblé intéressant, à ce sujet, de passer en revue les différentes méthodes employées dans ce but, tout en faisant ressortir les avantages des unes et les défauts des autres.

M. le Dr Picnevin qui, pendant son internat, nous avait aidé de ses conseils, alors que nous débutions dans les hôpitaux, a bien voulu, aujourd'hui que nous terminons nos études, nous guider dans notre travail. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Merci à mon ami Gaston Richard d'Aulnay, interne à Saint-Lazare, pour les intéressantes Observations qu'il a bien voulu me communiquer.

M. le Dr L. Labbé a droit à toute notre reconnaissance pour les marques de sympathie qu'il nous a manifestées pendant notre année d'externat.

Que M. le Dr Schwartz et M. le Dr Michaux, nos maîtres dans les hôpitaux, soient assurés de nos sentiments de vive gratitude.

M. le Professeur Le Dentu a bien voulu accepter la présidence de notre Thèse ; nous sommes vivement touché de cet honneur, et nous tenons à lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

L'exploration digitale, comme moyen de diagnostic des maladies de l'utérus et des annexes, ne fournit pas toujours des renseignements bien fidèles. Bien souvent le praticien ne peut atteindre aussi loin, aussi haut qu'il le voudrait, soit qu'il cherche à limiter une tumeur, ou bien à percevoir une fluctuation.

« L'examen digital suffit pour l'exploration des organes qui, comme le vagin, le rectum, la vessie, sont fixés sur place, mais le doigt situé dans le petit bassin ne saurait à lui seul acquérir que des renseignements peu importants sur l'état des organes qui peuvent se déplacer, comme l'utérus, les ovaires, les oviductes et les ligaments larges. Le doigt arrive bien en contact avec le col utérin, parfois avec un ovaire prolapsé ou avec un ligament large enflammé, mais les différentes parties de l'utérus ne sont pas facilement accessibles par le toucher vaginal (1). »

(1) MUNDÉ. Traité de petite chirurgie gynécologique.

Telle est l'opinion émise par Mundé dans son *Traité de petite chirurgie gynécologique*. Quels sont donc les moyens à notre disposition pour obtenir des renseignements plus précis sur l'état d'organes qui, profondément situés, jouissent d'une excessive mobilité, fuyant, pour ainsi dire, le doigt qui cherche à les atteindre ? Nous n'avons qu'à parcourir les différents traités de gynécologie. Ils nous disent tous, en résumé : « Si votre index ne suffit pas pour pratiquer l'examen des organes génitaux internes, joignez-y le médius, vous gagnerez ainsi un peu plus de terrain. Déprimez fortement le périnée. Placez l'autre main sur l'abdomen et, par une pression graduée, vous arriverez à pousser dans le bassin, et pour ainsi dire au-devant du doigt vaginal, l'utérus ou la tumeur que vous voulez explorer. »

Ce nouveau mode d'investigation fournira-t-il des données plus précises ? Oui, certainement ; mais combien de points obscurs il reste encore à élucider. Mais si, au lieu de deux doigts, nous pouvons en introduire trois, quatre, pratiquer, en un mot, le *toucher manuel* comme en obstétrique, il nous sera facile de pénétrer dans cette place forte où se cache le mal. Nous pourrions ainsi en fixer le siège, en limiter l'étendue.

Grâce à la dilatation, l'on peut arriver à introduire aisément quatre doigts dans le vagin ; ce qui est pleinement démontré par les Observations que nous devons à la bienveillance de M. le Dr Pichevin et de M. Gaston Richard d'Aulnay, interne à Saint-Lazare.

Dans quelques cas même il a été possible, grâce à la

dilatation, d'introduire la main entière dans le canal vulvo-vaginal.

Le diagnostic fait, il s'agira alors d'intervenir, et c'est ici que la dilatation va singulièrement élargir le champ opératoire.

En parcourant les différents Traités de gynécologie, on voit les auteurs se plaindre constamment du peu d'ampleur du canal vulvo-vaginal.

« L'étroitesse et la rigidité du vagin rendent parfois l'opération très difficile » (l'auteur veut parler de l'extirpation d'un cancer du corps de l'utérus) (1), ou bien encore :

« Les principales difficultés de l'hystérectomie résultent de l'étroitesse et de la rigidité du vagin (2). »

L'extraction des fibromes par la voie vaginale semble surtout préoccuper les gynécologues :

« Les difficultés de l'extraction des tumeurs fibreuses par le vagin résident en majeure partie dans la situation profonde du champ opératoire au fond du canal inextensible formé par le bassin osseux » (3), et plus loin :

« Il ne faut pas qu'ils soient (les fibromes) trop volumineux pour pouvoir traverser le petit bassin et les parties molles du canal génital. Il n'est pas possible de déterminer le volume que ne doit pas dépasser un fibrome pour pouvoir être extrait par le vagin ; nous

(1) HOFMEIER. Manuel de Gynécologie opératoire, p. 294.

(2) HOFMEIER. *Loc. cit.*, p. 308.

(3) HOFMEIER. *Loc. cit.*, p. 230.

« disposons aujourd'hui de procédés qui permettent
« parfois d'amoindrir suffisamment, pour rendre pos-
« sible leur extraction par le vagin, des tumeurs
« fibreuses allant jusqu'à l'ombilic. Cependant il y a
« des fibromes qui en se prêtant bien, quant à leur
« siège, à ce mode d'extirpation, ont pris un tel déve-
« loppement, qu'on ne songe même pas à les attaquer
« par le vagin (1). »

Grâce à la dilatation vulvo-vaginale, on pourra pratiquer l'ablation de volumineux fibromes. C'est ainsi que M. le Dr Pichevin a pu enlever une tumeur fibreuse égalant en grosseur la tête d'un fœtus.

C'est encore grâce à la dilatation qu'on pourra avoir tout le champ opératoire sous les yeux, placer les pinces, et c'est avec la plus grande facilité que les doigts pourront évoluer dans un vagin encombré par des pinces hémostatiques, les valves, etc., etc.

Quelles sont donc les méthodes qui permettront au chirurgien d'obtenir la dilatation du canal vulvo-génital ?

Il y en a deux : l'une, douce, graduelle, au moyen de dilatateurs de différente nature, sans que le praticien soit obligé de recourir au bistouri, c'est la méthode de la *dilatation non sanglante*.

Dans l'autre procédé, au contraire, il faut recourir au débridement de la vulve, avant l'opération finale il

(1) HEGAR et KALTENBACH. Traité de Gynécologie opératoire, p. 222.

faut en faire une préliminaire, c'est alors que nous avons à faire à la *dilatation sanglante*.

Nous allons donc exposer, l'une après l'autre, les deux méthodes. Nous jugerons les résultats, et finalement nous pourrons établir une comparaison entre elles.

DILATATION NON SANGLANTE

Historique. — Technique opératoire

Historique. — Au commencement du siècle, vers 1823, quelques auteurs s'occupent de la dilatation vulvo-vaginale. On reconnaît qu'il existe des tumeurs fibreuses, des polypes utérins qu'il serait impossible d'enlever sans pratiquer, au préalable, l'élargissement du vagin.

« La dilatation a pour objet d'augmenter les dimensions naturelles d'un canal ou d'une ouverture. Les occasions d'employer la dilatation dans cette vue sont très restreintes ; l'application en est presque bornée au seul cas où, pour attaquer des polypes utérins, il devient nécessaire d'élargir préalablement le vagin, afin de rendre plus facile la manœuvre des instruments qui doivent y pénétrer pour atteindre ces tumeurs ; on se sert à cet effet de mèches de charpie qu'on augmente graduellement de volume, ou mieux encore d'éponge préparée (1). »

(1) Dictionnaire de médecine, 1823, p. 66.

A ce moment-là il n'y a donc pas, à proprement parler, d'instruments spéciaux pour opérer la dilatation du canal vaginal.

Colpeurynter de Braun, de Vienne (1846). — Il faut arriver à l'année 1846 pour trouver un instrument capable de dilater convenablement le canal vulvo-vaginal, nous voulons parler du *colpeurynter*, inventé par l'accoucheur Braun, de Vienne. Avant lui, d'autres gynécologues, Huder, Busch, Crede et Hoogmigg, avaient imaginé un appareil constitué par une poche animale (vessie de veau préparée), qu'ils distendaient au moyen d'eau, après l'avoir poussée profondément dans le vagin.

Braun remplaça la vessie animale par une poche en caoutchouc vulcanisé, de 5 à 10 centimètres de diamètre, dont le tube est garni intérieurement en os (tube un peu conique), terminé par un robinet en cuivre, derrière lequel se trouve un anneau destiné à recevoir un lien propre à fixer l'instrument au bassin ou à une cuisse. Après avoir introduit la vessie vide dans le vagin, on la distend par de l'eau, généralement tiède, au moyen d'une seringue ou d'un clysopompe adapté à la prolonge.

La vessie en caoutchouc, dit Braun, a l'avantage de ne pas se détériorer comme la vessie animale. Le vagin est uniformément dilaté sans avoir à craindre ni la compression trop forte des parois, ni celle du canal de l'urèthre.

En 1849, la *Gazette des Hôpitaux* s'exprime ainsi au sujet d'un « corps fibreux renfermé en totalité dans la cavité de l'utérus » :

« Il importe avant tout de s'attacher à obtenir la plus grande dilatation possible du vagin en y introduisant, à différentes reprises, des spéculums d'une grosseur progressive (1). »

Spéculums dilatateurs. — Ces spéculums dilatateurs sont très nombreux ; nous nous bornerons à citer celui de Demarquay. Il se compose de deux demi-cylindres creux, en bois, et revêtus d'une enveloppe commune de caoutchouc. On les place dans le vagin, et on enfonce alors dans l'intérieur de l'instrument un mandrin qui écarte les valves.

Puis viennent les dilatateurs en boules et en cylindres de gomme dure, de Bozemann.

Mais un inconvénient fréquent est que les cylindres de gomme durcie ne tiennent pas bien dans le vagin et viennent facilement à tomber.

D'autres fois, pour obtenir la dilatation vulvo-vaginale, on se sert de mandrins en verre (Churchill) de plus en plus gros, que l'on introduit un par un à chaque séance. On a soin de laisser le dernier en place au moins pendant une durée de dix minutes. Quelques séances sont suffisantes pour mener l'opération à bonne fin.

M. Ménière (d'Angers) a fait construire pour la dilatation graduelle du vagin, dans le cas d'étroitesse du conduit vulvo-vaginal, un dilatateur d'un mécanisme très simple et d'un maniement facile en même temps que d'une grande puissance. Il se compose :

(1) Gazette des Hôpitaux, année 1849, p. 53.

1^o D'un manche surmonté de six valves fenêtrées, à bords et à pointes mousses, chaque valve est mobile sur une charnière située à sa base.

2^o D'une tige centrale de laquelle partent six bras de force qui tous s'articulent à la face interne de chaque valve.

3^o D'un volant situé à l'extrémité du manche et destiné à faire avancer ou reculer la tige centrale et, par ce fait, écarter ou rapprocher les valves par l'intermédiaire des bras de force.

D'appareil fermé est conique. Il a un centimètre de diamètre à son extrémité, ouvert il est cylindrique, et a quatre centimètres de diamètre. Mais pour obtenir la dilatation d'une manière graduelle, sans que la malade en souffre, il existe un appareil bien supérieur à ceux inventés jusqu'ici ; nous voulons parler du *pessaire à réservoir d'air*, de M. le Professeur Gariel.

Ballon à réservoir d'air de M. le Professeur Gariel. — Le pessaire à réservoir d'air se compose de deux pelotes de caoutchouc vulcanisé, creuses à l'intérieur, et donnant chacune naissance dans un point de leur surface, à un tube d'une longueur de 15 à 20 centimètres.

Un robinet relie les deux pelotes ensemble. Lorsque ce robinet est ouvert, l'air, préalablement introduit dans l'appareil, se répartit d'une manière égale dans les deux pelotes ; mais la pression de la main sur l'une des pelotes fait passer tout l'air que contient cette pelote dans l'autre : on ferme le robinet, et la communication se trouve interceptée. L'instrument, si je puis ainsi dire, est alors chargé.

Pour s'en servir, on roule sur elle-même la pelote vide d'air qui, dans cet état, a un volume insignifiant ; on l'introduit dans la cavité vaginale et l'on ouvre le robinet : l'air, chassé de la pelote restée à l'extérieur par la pression de la main, passe dans la pelote intra-vaginale, qu'il dilate et à laquelle il donne un volume plus que nécessaire pour exercer une pression égale sur les parois vaginales.

On ferme le robinet et l'appareil se trouve solidement fixé. Son retrait s'opère en ouvrant le robinet ; l'air chassé de la pelote intra-vaginale par l'action combinée de l'élasticité du caoutchouc et des parois vaginales, reprend sa place dans la pelote extra-vaginale, où il est tenu en réservoir pour une nouvelle application.

Cette manœuvre, dont la description est longue et peut-être difficile à comprendre, est exécutée avec la plus grande facilité et dès la première séance, par les malades les moins intelligentes.

Le pessaire à réservoir d'air, à deux pelotes réunies par un robinet commun, contient une quantité d'air invariable. La pelote-insufflateur ne peut être séparée de l'appareil. Néanmoins, M. le Professeur Gariel, pour obvier à cet inconvénient, a rendu les pelotes indépendantes l'une de l'autre par l'addition d'un second robinet, dont le canon vient s'adapter exactement sur le canon du robinet déjà employé. L'appareil en place ne se compose plus alors que de la pelote intra-vaginale.

Tamponnement vaginal. — Il y a déjà quelques années que MM. Vulliet et Lutaud ont préconisé un mode de

dilatation graduelle du canal vulvo-vaginal qui nous semble aussi très pratique, nous voulons parler du tamponnement.

« Cette dilatation peut être faite au moyen de tampons de coton. Les tampons munis de fils, seront appliqués dans la position genu-pectorale, qui permet d'obstruer régulièrement tout l'espace libre, de disposer le coton autour du col de façon à déterminer partout une distension égale. Je prescris à la malade de retirer le tamponnement au bout de 5 à 6 heures.

« Je le renouvelle tous les deux jours. L'assouplissement du vagin et son agrandissement se produisent très rapidement. A chaque séance on peut introduire un tamponnement plus volumineux (1). »

Suivant les différentes époques, le tamponnement vaginal a été pratiqué de diverses manières. La charpie a été d'abord employée, puis on s'est ensuite servi d'ouate. Aujourd'hui, on a recours à la gaze iodoformée, sous forme de petits tampons qu'on introduit un à un, ou bien de longues mèches dont on remplit graduellement le vagin.

Et tout d'abord voyons comment il faut procéder pour obtenir une dilatation graduelle par tamponnement.

Antisepsie. — Avant tout, il faut strictement se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

(1) VULLIET et LUTAUD. Leçons de gynécologie opératoire, p. 324.

« Je tiens à faire remarquer que, pour désinfecter le
« vagin, il ne suffit pas d'une simple irrigation antiseptique, mais qu'il est indispensable de frotter les
« parois vaginales avec du savon et de l'eau chaude,
« soit à l'aide du doigt, ou mieux encore à l'aide d'une
« brosse longue et étroite (1). »

Pour les règles d'antisepsie, nous ne croyons mieux faire encore que de reproduire les conseils donnés par M. le Professeur Duplay : « Le chirurgien fera lui-même un lavage avec la solution de sublimé à 1/2,000^e,
« en ayant soin d'exercer, avec les doigts introduits
« dans le vagin, des frictions assez énergiques. Comme
« il existe des sécrétions abondantes, il sera préférable, pour assurer la désinfection complète des parties les plus reculées du conduit vaginal, d'appliquer un spéculum et de badigeonner fortement les
« euls-de-sac vaginaux avec un pinceau trempé dans
« une solution de sublimé au 1/1,000^e, puis une dernière douche avec la solution ayant été administrée,
« on procédera au tamponnement du vagin, sans toutefois serrer les tampons aussi fortement que lorsqu'il s'agit de combattre une hémorrhagie. Ce tamponnement sera fait soit avec de l'ouate iodoformée,
« soit avec de la gaze iodoformée.

« Lorsque le vagin est rempli jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire, on enlève le spéculum et on applique, sur la vulve, une compresse de gaze pliée en plusieurs doubles et trempée dans la solution de

(1) HOFMEIER. Manuel de gynécologie opératoire, p. 49.

« sublimé au 1/1,000^e, que l'on maintient avec un bandage en T (1). »

Tous les deux jours, on pourra renouveler le tamponnement. En introduisant à chaque fois une quantité plus grande de gaze iodoformée, on arrive en peu de jours, une huitaine, tout au plus, à une dilatation complète du canal vulvo-vaginal.

La patiente ne se plaint que bien rarement de ce mode de dilatation. Tout au plus, observe-t-on quelques légers troubles du côté de la miction par compression du canal de l'urèthre.

On remédie promptement à ces légers inconvénients en pratiquant le catéthérisme de temps en temps.

On peut ainsi obtenir, en l'espace de quelques jours, une dilatation permettant facilement l'introduction des quatre doigts de la main.

Ballon à réservoir d'air de M. le Professeur Gariel. — Avant d'appliquer cet instrument, il faudra procéder aussi à la toilette la plus complète du canal vulvo-vaginal.

Au moment de l'introduction, la pelote intra-vaginale doit être réduite à son plus petit diamètre possible, c'est-à-dire complètement vide d'air. Ceci fait, on la trempe dans une solution antiseptique de sublimé au 2/1,000^e et on l'enduit ensuite d'un peu de vaseline.

On la présente alors à l'anneau vulvaire qu'elle tra-

(1) P. DUPLAY. Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, p. 190.

verse toujours, sans donner lieu à la plus légère douleur ; une fois introduite, on la dilate par l'insufflation.

Cette dilatation, dans le plus grand nombre des cas, peut être obtenue complètement de prime-abord ; cependant, quelques malades, dont la sensibilité est exaltée par de longues souffrances, ne supportent la dilatation de la pelote-pessaire qu'au bout de plusieurs séances et, chez celles-ci, il faut habituer le vagin, par des degrés successifs de dilatation, au contact d'un corps étranger volumineux.

La pelote-pessaire, dit M. le Professeur Gariot, n'est jamais douloureuse et ne détermine aucune réaction sympathique sur les organes voisins.

C'est ce procédé de dilatation que M. le Dr Pichévin a employé avec succès dans le service de gynécologie de M. le Professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker. On trouvera à la fin de cette Thèse l'Observation que nous devons à la bienveillance de M. le Dr Pichévin.

DILATATION BI-MANUELLE

Pour terminer cette étude sur les différents procédés employés pour obtenir la dilatation vulvo-vaginale, nous parlerons d'un traitement qui a été employé avec succès contre le vaginisme, et qu'on pourrait appliquer avec succès dans le cas qui nous occupe : la *dilatation bi-manuelle*.

Charrier et Sutugin ont décrit ce procédé, dans lequel l'orifice vaginal est distendu jusqu'à ce qu'il y ait une rupture sous-cutanée de la couche musculaire.

La dilatation bi-manuelle est journellement pratiquée à Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Verchère.

M. Gaston Richard d'Aulnay a bien voulu nous communiquer de très intéressantes observations à ce sujet, consignées à la fin de cette thèse.

Ainsi, en supposant que l'on ait à faire une amputation du col par le procédé de Schroeder, procédé pour lequel il faut en général abaisser l'utérus pour être plus à portée du col, et faire facilement l'incision et les sutures, croit-on aisément que l'anneau vulvaire, trop étroit pour livrer passage à la fois au col et aux instruments, permettra commodément l'évolution instrumentale de l'opération ?

Avec la dilatation vulvo-vaginale, le col utérin est complètement à découvert, et sa mobilité qu'aucune paroi n'entrave est un appoint de grande valeur pour l'opérateur.

Puis, la dilatation vaginale poussée sans excès, permettra en plus de l'élargissement orificiel, de diminuer l'abaissement de l'utérus qui, dans certains cas pathologiques, crée des désordres assez graves pour obliger l'opérateur à les prévenir d'avance.

Toutes les petites opérations sur le col ou sur l'utérus pour : adénome du col, kyste glandulaire, polype, épithéliome, fibrome, amputation du col, curettage, sont susceptibles d'une dilatation de la vulve brusque et momentanée sans aucune intervention sanglante.

La dilatation bi-manuelle doit être effectuée lorsque la malade sera en résolution chloroformique.

« La malade est étendue sur le décubitus dorsal,
« couchée sur la table ordinaire à opérations, profondément endormie, le chirurgien fait alors pénétrer
« dans l'orifice vaginal deux ou trois doigts de chaque
« main, dont la paume est tournée en dehors. Il écarte
« ensuite avec toute la force possible les mains l'une
« de l'autre. Généralement on perçoit un bruit de craquement, qui avertit de la rupture des couches musculaires. En ayant recours à ce procédé, on peut
« transformer l'anneau vaginal le plus étroit en un orifice large et à parois flasques (1). »

(1) HEGAR et KALTENBACH. Traité de gynécologie opératoire, p. 604.

Avec un pareil résultat, les petites opérations de gynécologie seront de beaucoup facilitées et, de plus, rapidement exécutées. Puis, avantages sérieux, l'opérateur, mis à l'aise pour l'intervention, aura une plus grande sûreté dans sa manière de faire. Enfin, par le fait de cet élargissement, le col pourra subir un abaissement moindre, qui lui permettra peut-être d'éviter, par la suite certains degrés de prolapsus utérin avec les accidents consécutifs.

Faut-il redouter les suites de cette dilatation forcée ? Jamais aucune malade ne s'en est ressentie dans la suite. Pas de douleur. Pas de traces de l'opération.

« Ajoutons que l'orifice retrouve bientôt sa résistance. On ne fait sur la muqueuse aucune plaie (1). »

(1) HÉGAR et KALTENBACH. *Lcc. cit.*, p. 310.

DILATATION SANGLANTE

Historique. — Technique opératoire.

Historique. — La dilatation sanglante date-t-elle de nos jours ou bien les anciens chirurgiens l'ont-ils déjà pratiquée ?

A ce sujet, M. le Dr Pichevin a bien voulu nous communiquer des notes qui démontrent d'une façon irréfutable, que le débridement sanglant de la vulve et du vagin est né le jour même où a été pratiquée la première hystérectomie.

Il nous a donc paru intéressant de citer ici quelques passages de ces notes tirées d'un mémoire présenté à l'Académie de Médecine, en 1823, par Claudius Tarral, mémoire que nous trouvons consigné dans le *Journal hebdomadaire de Médecine* de cette époque. A ce moment l'opération de l'hystérectomie est chose nouvelle, et fixe l'attention de tout le corps médical :

« On ne saurait trop fixer l'attention des chirurgiens
« sur les opérations qui s'appliquent à des maladies
« très communes, rebutantes et qui moissonnent cha-

« que année un grand nombre de malheureuses femmes; je veux parler des opérations proposées contre les affections dites *carcinomateuses* de l'utérus. Depuis longtemps on a vu l'inefficacité de la médecine pour la guérison de cette terrible maladie. La chirurgie seule semble capable d'arrêter ces funestes effets, et cela par l'enlèvement total du mal.

« Il est inutile d'insister sur l'amputation du col de la matrice, opération pratiquée fréquemment de nos jours, avec plus ou moins de succès, ce qui est une immense conquête pour l'humanité; mais on doit voir que cette opération est seulement praticable lorsque la maladie est bornée à l'extrémité inférieure de la matrice, et qu'il faut y renoncer, quand le corps de cet organe est affecté, en sorte que, dans ce dernier cas, l'on se trouve forcé d'abandonner les malades à leur pitoyable sort.

« Aujourd'hui que les chirurgiens sont très éclairés sur l'anatomie, qu'ils se distinguent surtout par la hardiesse de leurs principes, il n'est pas surprenant qu'on ait songé à soulager ces maladies, par l'enlèvement total de la matrice (1). »

Si nous passons maintenant à l'examen des premières observations relatives à l'hystérectomie, nous voyons que le 13 avril 1812, Paletta (de Milan), enlève par méprise tout l'utérus.

(1) CLAUDIUS TARRAL. Mémoire sur l'ablation de l'utérus. Journal hebdomadaire de Médecine, 1823, p. 403.

OBSERVATION. (Sauter, de Constance, janvier 1822.)

Il s'agit ici d'une nommée Geneviève Woldraf, âgée de 58 ans, dont le col est couvert de fongocités.

L'opération a lieu le 22 janvier 1822. Sauter ne put abaisser l'utérus. Avec un scalpel convexe il fendit le vagin à sa partie supérieure et continua l'incision tout autour du col, et tenta de nouveau l'abaissement de l'utérus assez inutilement du reste.

Il coupa peu à peu avec le scalpel le tissu cellulaire qui unit l'utérus et la vessie, et enfin, il sépara le péritoine et ensuite les attaches latérales, les ovaires, les trompes, d'avec l'utérus. Il renversa la matrice en avant et divisa les attaches postérieures de cet organe. La patiente eut une perte de sang qui dura 1 heure 1/2. Elle mourut le 1^{er} juin 1822. En mai, elle avait repris ses travaux.

OBSERVATION. (Siebold, 19 avril 1824.)

Pour pratiquer plus facilement l'hystérectomie, et agrandir le champ opératoire, *de façon à introduire la main dans le vagin*, Siebold pratiqua une incision de chaque côté du périnée. L'opérateur put ainsi faire, aussi facilement que possible, l'extirpation de l'utérus.

Le 19 février 1828 il pratiqua avec succès l'hystérectomie.

OBSERVATION. (Lezars, d'Edimbourg, mai 1824.)

La malade était âgée de 40 ans. La matrice était lourde, grosse et dure. Le col était très sensible. *A cause de l'étroitesse du vagin*, Lezars fendit le rectum, le périnée et le vagin sur la ligne médiane.

L'opérateur put alors, au moyen d'une incision circulaire, séparer facilement la matrice du rectum et de la vessie, et pratiquer ensuite la division des ligaments latéraux. L'opération dura 35 minutes.

OBSERVATION. (Récamier, 1824.)

Récamier pratique l'abaissement de l'utérus en saisissant la lèvre antérieure du col au moyen de pincés-érignes.

Il pratique ensuite une incision transverse sur l'attache supérieure du vagin autour du col. Avec le doigt il déchire le tissu cellulaire qui unit la vessie à l'utérus. Il arrive alors au péritoine. Il ouvre la séreuse au moyen d'un bistouri convexe le long du doigt indicateur. Il renverse la matrice en avant. Ensuite division des 2/3 du ligament large gauche et de même à droite, en rasant le bord de l'utérus, ce qui ne donna lieu à aucun jet de sang. Ensuite l'opérateur saisit avec l'indicateur et le pouce de la main gauche le 1/3 inférieur du ligament large droit qui fut embrassé par une aiguille courbe armée d'une ligature fixée par un serre-nœud.

Il fut procédé de même pour le côté opposé. Section du ligament. Sortie du corps utérin hors de la vulve. Division du repli péritonéal entre la matrice et le rectum et *division du vagin* postérieurement.

Par toutes les observations que nous venons de citer, on voit donc que la dilatation sanglante a été exécutée au commencement du siècle, sans règles opératoires précises. Siebold incise le vagin de chaque côté du périnée. Lezars fend le rectum. Récamier fend le périnée sur la ligne médiane. Tarral préconise enfin une incision unique du vagin se dirigeant vers l'ischion.

Vers l'année 1830, paraît la Pathologie médico-chirurgicale de Roche et Sanson, et on peut y lire les lignes suivantes, indiquant le traitement à suivre dans les cas de rétrécissement de la vulve et du vagin :

« Quand le rétrécissement résiste aux moyens ordinaires de dilatation, il ne faut pas balancer à employer l'instrument tranchant pour opérer la dilatation convenable. S'il siège à l'entrée du vagin, on s'assure de la hauteur à laquelle il remonte, en introduisant dans l'ouverture une sonde que l'on fait ensuite mouvoir dans divers sens ; lorsque les mouvements de l'extrémité de la sonde sont faciles, on en doit conclure que le rétrécissement ne monte pas trop haut et que le vagin est libre au-dessus.

On glisse dans l'ouverture un bistouri boutonné que l'on pousse jusqu'à ce que son extrémité soit parvenue au-delà du point rétréci, et l'on incise sur les deux côtés. Des mèches de charpie d'un volume suffisant sont introduites jusqu'à la cicatrisation des plaies (1). »

Mais le débridement vulvo-vaginal, pour obtenir la dilatation, n'a-t-il été que seulement pratiqué par les chirurgiens, pour l'ablation de tumeurs énormes de l'utérus ?

Les accoucheurs l'ont aussi pratiqué pour faciliter au fœtus le passage à travers le canal vulvo-vaginal, alors que ce canal présentait de l'étroitesse persistante malgré le travail de l'accouchement.

Il est donc très intéressant de voir quels sont les dif

(1) ROCHE et SANSON. Pathologie-médico-chirurgicale, p. 403.

férents procédés employés par les accoucheurs pour arriver à obtenir le débridement vulvo-vaginal.

Nous nous sommes inspiré à ce sujet de la Thèse de M. Mallet, intitulée : « *Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin et la vessie.* »

Dubois pratiquait de chaque côté de la fourchette deux petites incisions postéro-latérales. Dans cette opération il se servait des ciseaux et non du bistouri.

Velpeau, dans son Traité des accouchements, parle du débridement vulvaire en ces termes :

« Quelques médecins d'Allemagne ont imaginé d'inciser le périnée d'avant en arrière, plutôt que d'en permettre la déchirure. Cette pratique que Mauriceau condamne déjà, que Burton conseille, et que M. Weiss croit excellente, a été surtout défendue par M. Michaelis et M. Leimveber en 1827. Nul doute que l'incision ne dût être préférée à la rupture, si cette dernière était absolument inévitable, mais on la prévient souvent, comme elle est au moins extrêmement faible, dans la plupart des cas, je ne crois pas que le précepte de M. Weiss doive être adopté, bien que je ne puisse pas admettre avec M. Killian, que la déchirure d'un périnée sain guérisse toujours aussi bien que la section faite par le bistouri (1). »

Chaque accoucheur a son procédé particulier pour opérer le débridement de la vulve. Eichelberg pratique une ou deux grandes incisions latéro-inférieures, par-

(1) VELPEAU. Traité pratique des accouchements, t. II, p. 36.

tant de la commissure inférieure de la vulve et se dirigeant en dehors et en arrière. Michaelis a une autre manière d'opérer. Il veut obtenir un maximum de dilatation, et il entame franchement le périnée par une incision postérieure.

Puis viennent M. le professeur Tarnier et M. Chantreuil qui vont compléter le procédé de Michaelis en faisant une autre incision partant de l'extrémité inférieure de celle qu'a imaginé Michaelis, se dirigeant d'un côté et affectant la forme d'un L, soit des deux côtés en V renversé.

Les différents Traités modernes de gynécologie ne donnent pas des règles fixes pour pratiquer le débridement vulvaire.

« La dilatation sanglante faite avec le couteau est un moyen très actif. L'incision peut être faite à ciel ouvert, ou bien être sous-cutanée. On dirige le bistouri en dehors, afin de sectionner la couche musculaire située au niveau de l'entrée du vagin (1). » -

A propos du débridement en cas d'intervention sur l'utérus et les annexes, Hofmeier s'exprime ainsi :

« L'étroitesse et la rigidité du vagin rendent parfois l'opération très difficile (extirpation d'un cancer du corps de l'utérus), il faudra alors, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, sectionner le périnée et inciser au besoin le canal vaginal dans toute sa longueur, d'un seul ou des deux côtés.

« L'incision de la muqueuse est suffisante, car le

(1) HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, p. 694.

« tissu conjonctif paravaginal cède et se distend avec la plus grande facilité (1). »

Le procédé de M. Chaput se rapproche le plus de celui d'Eichelberg.

De nombreuses objections se sont élevées contre le procédé d'Eichelberg. Le conduit excréteur de la glande de Bartholin pouvait être lésé par l'incision. De plus, la région périnéale abonde en filets nerveux. Pratiquer l'incision de Michaelis, c'était s'exposer à en couper quelques-uns. La cicatrisation s'étant établie, la malade ressentait, disait-on, une sensation de gêne, allant jusqu'à la douleur et provenant de la section de ces filets nerveux.

Si l'on se place au point de vue obstétrical, tous ces procédés sont excellents pour procurer un peu plus de jour à la tête fœtale et éviter ainsi les déchirures périnéales.

Tel est le but que se propose l'accoucheur. Mais doit-il en être ainsi, lorsqu'on se trouve en présence d'une intervention chirurgicale sur l'utérus et les annexes, intervention grosse de conséquences, et quand le vagin présente un passage trop étroit, la vulve une porte de sortie trop petite pour une tumeur volumineuse ?

Il ne faudrait pas croire que les procédés employés jusqu'ici par les chirurgiens diffèrent beaucoup de ceux des accoucheurs ; d'ailleurs, à part les quelques cas que nous avons cités au commencement de ce chapi

(1) HOFMEIER. *Loc. cit.*, p. 294.

tre, la littérature chirurgicale est bien pauvre à ce sujet.

Dans son Traité de gynécologie, M. Pozzi cite une observation de M. le professeur Verneuil, dans laquelle il est question de débridement vulvaire pour faciliter l'extraction d'un polype utérin très dur, très volumineux, remplissant complètement l'excavation du petit bassin chez une femme vierge.

« La malade étant endormie et placée dans la position de la taille, on pratique une section sur la ligne médiane avec le thermo-cautère de tout le périnée, depuis la commissure vulvaire postérieure jusqu'au sphincter anal exclusivement. Ce débridement ne servit pas à grand'chose et donna moins d'espace qu'on ne l'espérait (1). »

Un chirurgien anglais, Barnes, rapporte un cas de rupture du périnée pendant l'ablation d'un énorme corps fibreux.

Il ajoute que pour éviter semblable mécompte, il s'est servi quelquefois de deux incisions postéro-latérales, analogues à celles que pratiquait Dubois.

Si les praticiens n'ont pas retiré de cette opération tous les fruits qu'ils étaient en droit d'en attendre, c'est qu'ils l'ont faite trop parcimonieusement.

Toutes les incisions vulvaires postérieures comme celle de M. le professeur Verneuil, qui n'est autre que l'incision de Michaelis, en raison de la minceur du pé-

(1) Pozzi, Revue de chirurgie, 1885.

rinée et du voisinage du rectum, ne donnent forcément que peu de jour.

Pour arriver à obtenir un débridement réellement efficace, il ne faut pas craindre de sectionner largement et sans hésiter en faisant une incision postéro-latérale

Si nous nous en rapportons à la disposition anatomique de la vulve, on voit qu'on peut débrider cet orifice dans cette direction sans aucun danger. En sectionnant profondément on ne blesse aucun organe important.

En agissant ainsi, chez des femmes à vagin étroit, on peut faire les opérations les plus complexes sur l'utérus, sans être gêné, malgré la place prise par le col, les pinces-érignes, les écarteurs, les valves, etc., etc.

TECHNIQUE DU DÉBRIDEMENT VULVAIRE

(CHAPUT)

L'incision peut être représentée du côté de la peau, par une ligne qui commence en haut, à 2 centimètres environ de la fourchette, se dirige en bas et en dehors, vers l'ischion, et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres.

Cette incision se prolonge en haut, dans le vagin, à 5 centimètres du bord de la vulve, dans la même place que l'incision cutanée, mais on peut la faire, sans aucun inconvénient, remonter un peu plus haut, si le vagin présente une grande profondeur. M. Chaput n'incise jamais des parties superficielles vers les parties profondes, car les tissus fuient sous l'instrument tranchant, et on n'obtient pas un débridement suffisant.

De plus, les bords de la plaie ne sont pas nets, la section n'est pas franche.

Il est infiniment préférable d'opérer par transtfixion. On enfonce un bistouri à lame longue et étroite, au voisinage du point où l'on veut pratiquer l'incision.

La sortie de l'instrument s'effectue dans le vagin, sui-

vant un point diamétralement opposé à celui par lequel il est entré. En exécutant alors un petit mouvement de scie de bas en haut, on divise les téguments dans les parties profondes, et on finit enfin par la section des parties superficielles. On obtient ainsi rapidement une brèche convenable. M. Chaput fait néanmoins une recommandation au sujet de l'incision.

Pour que le couteau ne dévie pas, il est bon, selon lui, de pincer fortement entre le pouce et l'index de la main gauche, la branche de tissu que l'on veut inciser.

A peine a-t-on opéré la transixion, que l'on voit s'élançer de la plaie des jets de sang artériel. Il se produit une assez forte hémorrhagie, hémorrhagie qu'on s'explique facilement, étant donnée la richesse vasculaire de cette région.

Pour remédier à cet inconvénient, M. Chaput conseille de pincer de la main gauche la lèvre gauche de la plaie, tandis qu'un aide comprime la lèvre droite. De la main droite, restée libre, l'opérateur peut alors rapidement faire l'hémostase.

Il saisit avec une pince hémostatique l'angle supérieur de l'incision, il en applique deux autres sur les angles latéraux. A l'aide de ce procédé, il peut étaler largement les surfaces saignantes, dont l'aspect est celui d'un losange.

Rien n'est plus facile, alors, que d'appliquer des pinces hémostatiques sur les vaisseaux, cause de l'hémorrhagie. On en arrive ainsi rapidement à une hémostase parfaite, et, pour prévenir toute nouvelle hémorrhagie, on n'a qu'à laisser les pinces en place.

Elles ne gênent nullement au cours de l'opération. Du reste, si elles présentaient le moindre obstacle, on n'aurait qu'à les déprimer avec la valve d'un écarteur vaginal.

La vulve et le vagin sont dès lors largement ouverts, et, par cette vaste brèche, on a sous les yeux le col utérin, la paroi antérieure du vagin, dont on aperçoit facilement tous les détails.

On peut alors pratiquer tout à son aise et avec le plus d'espace possible, l'opération que l'on a en vue : hystérectomie, ablation de polype, etc. Quand tout est terminé, y compris le pansement interne, on procède alors à la suture du débridement.

Suture. — M. Chaput commence habituellement sa suture en plaçant d'abord le fil correspondant aux angles latéraux du losange, pour pouvoir obtenir plus facilement un affrontement correct. Au moyen d'une aiguille d'Emmet, on fait cheminer dans les parties profondes, au-dessous des surfaces creusées, un fil d'argent assez fort, sur les chefs duquel on place une pince hémostatique. Ce fil d'argent peut être remplacé par un catgut ou une forte soie.

Ensuite, on exécute la suture de la partie vaginale en procédant de haut en bas, soit avec l'aiguille d'Emmet, soit avec une aiguille de Reverdin ou de Lamblin, courbes.

On peut employer indifféremment le catgut ou le crin de Florence pour faire cette suture ; néanmoins, si l'on emploie le catgut, on pourra faire facilement une suture

en surjet, qui sera d'une exécution beaucoup plus facile.

Quant au fil d'argent, on le tord et on conserve environ 5 à 6 centimètres des deux chefs, que l'on pourra utiliser plus tard, pour retenir le pansement. Quant à la suture de la portion cutanée, on pourra la faire avec une aiguille courbe quelconque et des crins de Florence.

Pansement. Soins consécutifs. — Le tamponnement iodoformé du vagin réalise le pansement parfait de la portion vaginale de la suture. Pour protéger la suture cutanée, on n'a qu'à enrouler une bandelette de gaze iodoformée autour des chefs du fil d'argent, auxquels on donne une direction verticale.

Mais il peut arriver que dans la suture, on n'ait pas employé de fil d'argent. Il faudra alors mettre sur la vulve un morceau de gaze iodoformée, qu'on recouvrira d'ouate hydrophile, et qu'on maintiendra en place au moyen d'un bandage en T.

Tous les jours, on fera la toilette de la vulve, et on saupoudrera la plaie vaginale avec de l'iodoforme. Quant au catgut dont on s'est servi, on le laisse se résorber.

Il peut arriver quelquefois qu'un seul débridement d'un côté de la vulve ne soit pas suffisant, on aura alors recours au double débridement.

Double débridement. — On opère, pour chaque côté de la vulve, de la façon indiquée ci-dessus. La double transfixion faite, la région de la fourchette tombe en arrière, en donnant au vagin des dimensions extraor-

dinaires. En effet, une vulve sur laquelle on a fait le double débridement présente un diamètre considérable (10 à 15 centimètres d'avant en arrière et transversalement).

Telle est la méthode préconisée par M. Chaput pour opérer le débridement vulvaire. Pour lui, cette opération rend non seulement l'extirpation de l'utérus rapide et facile, mais elle permet encore de faire l'extirpation complète des annexes après l'hystérectomie, grâce à la facilité qu'on a d'introduire aisément quatre doigts dans le bassin.

DILATATION SANGLANTE

Nous empruntons à la Thèse de M. Mallet les six Observations suivantes, sur le débridement sanglant de la vulve (procédé de M. Chaput).

OBSERVATION I.

E. A..., 27 ans. Entrée le 15 juillet 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 7.

Antécédents personnels. — Régée à 11 ans 1/2. Un enfant il y a 11 ans, mort à 4 mois. Accouchement normal. Bien réglée, ses règles durent deux jours, non douloureuses.

Fièvre typhoïde, il y a un an, ayant duré quatre mois.

Quatre mois après sa fièvre typhoïde, la malade a eu ses règles qui ont duré cinq semaines, les pertes ont été très abondantes, presque indolentes. La malade affirme avoir eu ses règles le mois précédent.

Elle est entrée salle Lallemand, elle y est restée 17 jours, les pertes se sont arrêtées. On lui proposa une opération qui ne fut pas acceptée; revenue chez elle, elle est restée quatre mois bien portante; mais, depuis deux mois et demi, ses règles ne se sont pas arrêtées; les premiers jours, elle souffrait beaucoup.

Actuellement, les douleurs ont disparu. Pas de troubles de la miction; rien à l'auscultation.

A l'examen, le col utérin est rapproché de la vulve, porté à droite et en avant; le fond de l'utérus gros, arrondi, porté à gauche et en arrière. Au-dessus de lui et du côté gauche, existe une masse volumineuse, dure, irrégulière, non fluctuante, douloureuse, remontant, à sept ou huit travers de doigt, au-dessus du pubis venant faire saillie à l'abdomen. Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent mal à l'utérus.

Opération le 21 juillet 1891. Laparotomie médiane qui permet de constater une grosse tumeur siégeant surtout à gauche, intimement adhérente au rectum, à l'utérus, au bassin.

Séance tenante, extirpation vaginale de l'utérus: Débridement de la vulve à gauche.

Pincement préventif des ligaments larges et morcellement. On place deux étages de pinces sur le ligament large à gauche: on a ouvert une poche énorme, remplie de caillots anciens.

Lavage de la poche à l'eau bouillie, tamponnement iodoformé. Suture du débridement. Guérison.

En novembre 1891. Etat parfait.

OBSERVATION II.

R. H..., 38 ans.

Entrée le 16 juillet 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 2.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans. Depuis, toujours régulièrement, ses règles duraient trois jours, non douloureuses.

Il y a neuf ans, accouchement très laborieux. A la suite de l'accouchement, fièvre et frissons, douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Pendant un an, la malade reste presque constamment au lit; au bout d'un an, elle peut reprendre son travail; elle ressent à peine quelques douleurs au moment des règles, mais n'entraînant pas de repos. Les règles sont à peine régulières.

Depuis trois mois, la malade a recommencé à souffrir constam-

ment. Douleurs irradiées dans les reins et dans les cuisses, disparaissant au moment des règles, dont la durée est de huit jours au lieu de trois.

Ecoulement blanchâtre peu épais, n'empesant pas la chemise et disparaissant après quelques injections.

Les dernières règles, il y a trois semaines, n'ont pas été douloureuses.

Miction normale. Urine normale.

Constipation.

Rien au cœur, ni aux poumons.

A l'examen, utérus en rétroversion, col porté un peu à gauche.

Annexes gauches peu grosses, mais douloureuses à la pression.

Annexes droites présentant les mêmes lésions. Le 25 juillet 1891, débridement de la vulve à gauche.

Trompe du volume de l'index remplie de pus, ovaire sclérosé.

A droite, kyste séreux comme une noix au niveau du pavillon.

Salpingo-ovarite. Trompe du volume de l'index remplie de pus, ovaire sclérosé.

Ligature sur les pédicules vasculaires. Suture de la vulve. Guérison.

OBSERVATION III.

L. . ., Marie, 42 ans.

Entrée le 18 juillet à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 41.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans, compliqué probablement de congestion pulmonaire (fièvre, dyspnée, crachats contenant quelques filets de sang) pendant 20 jours.

Traitement : vésicatoires, ventouses scarifiées.

Guérison, Réglée à 10 ans. Toujours bien réglée depuis.

Ses règles duraient de quatre à cinq jours.

Jamais de pertes blanches.

Il y a deux ans, la malade ressentit, pour la première fois, à l'oc-

casion de ses règles, de vives douleurs dans le bas-ventre du côté gauche.

Depuis, ces douleurs se sont toujours montrées à l'occasion des règles, quelquefois après.

Ses règles ont augmenté progressivement de durée.

Depuis les trois derniers mois, la malade est continuellement dans le sang.

Douleurs irradiées dans les reins n'ayant aucun caractère expulsif.

Elle a maigri beaucoup, a perdu 33 livres depuis trois mois.

Rien aux poumons, ni au cœur.

A la palpation, tumeur irrégulière dans le bas-ventre.

Au toucher, col rapproché de la vulve.

Utérus en rétroversion. On sent, dans le cul-de-sac gauche, une tumeur volumineuse, occupant le flanc gauche, remontant à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic, immobile, fluctuante, accolée à l'utérus, elle paraît en être indépendante, car les mouvements que l'on cherche à imprimer du col à la tumeur, et réciproquement, ne se transmettent pas.

L'utérus paraît, du reste, enclavé.

Rien d'anormal dans les urines.

Le 13 août 1891, laparotomie médiane; on trouve à gauche une poche irrégulière à parois épaisses absolument fusionnée avec le bassin. Le ventre est refermé. Séance tenante, on procède à l'opération de Péan. Double débridement vulvaire.

L'utérus ne s'abaisse nullement; en tirant sur le col, on amène à soi la malade, mais l'organe ne descend pas. Grâce au débridement, l'opération s'exécute assez facilement. La poche séreuse est largement ouverte, puis tamponnée au salol. L'utérus est énorme et bourré de fibromes, poids 200 grammes.

Les pinces sont laissées à demeure. Suture de la vulve. Guérison.

OBSERVATION IV.

Elisa R..., 26 ans, entrée le 12 août 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand.

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes à 13 ans. Réglée à 15 ans. Très irrégulièrement jusqu'à 18 ans.

Depuis ce moment, les règles affectent le caractère d'hémorrhagiés, mais elles reviennent régulièrement tous les mois. A l'âge de 12 ans, la malade a été « fortement contusionnée par un taureau », fracture de côtes, luxation de l'épaule et immédiatement phénomènes péritonéaux. Ces accidents ont duré quatre mois environ.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

A 19 ans, pertes blanches ayant une coloration jaunâtre, pas de douleur en urinant. Les règles étaient et sont restées très abondantes, elles n'étaient pas douloureuses. Dans l'intervalle des règles, la malade avait des coliques d'origine intestinale.

Les pertes blanches ont persisté.

Le 17 octobre 1890. Curettage et amputation du col.

Le 9 janvier, 2^e opération. Il se forme un abcès dans l'intervalle, qu'on ouvre par le vagin; il s'écoule une assez grande quantité de pus (3/4 de litre environ), puis le pus continuait à couler jusqu'au mois de mai : elle en perdait un demi-verre à un verre par jour. Depuis le mois de mai, elle ne perd plus.

La malade n'avait pas souffert depuis son opération, mais, depuis le mois d'avril, elle souffre beaucoup, notamment dans le côté gauche; ces douleurs irradient dans la cuisse gauche.

Les deux mois qui ont suivi l'opération, elle n'a pas eu ses règles; celles-ci sont revenues le troisième mois peu abondantes et durant un jour seulement, les dernières le 6 août ayant duré également un jour.

Constipation opiniâtre. Miction normale.

Rien aux poumons, ni au cœur.

La palpation abdominale ne révèle rien.

Au toucher, l'utérus est peu volumineux et assez mobile; on sent

très bien le moignon du col et les deux lèvres artificielles qui ont été faites, après l'amputation, par le procédé de Schröder.

Le cul-de-sac droit est libre, on sent les annexes qui sont peu volumineuses, du volume du pouce, et qui roulent sous le doigt.

A gauche et vers le rectum, le doigt sent une masse dépressible qui remonte assez haut dans le bassin; saisie entre les mains, elle paraît irrégulière, immobile, on ne peut déterminer de la fluctuation.

Elle paraît avoir le volume d'un gros œuf, quoiqu'elle ne soit pas arrondie.

Le 22 août 1891. Double débridement vulvaire suivi de l'extirpation de l'utérus par morcellement.

Au cours de l'extirpation, une grosse poche séreuse se crève à gauche.

Les annexes gauches ont le volume d'un œuf; la trompe affaissée contenait un liquide séreux, ovaire gros, polykystique et scléreux.

Les annexes droites sont enlevées en partie seulement par la trompe. L'ovaire contient un kyste séreux et un autre hématique.

Les jours suivants, la malade présente des accidents d'intoxication iodoformée qui cèdent après le pansement au dermatol.

Le débridement du côté gauche suppure pendant plusieurs jours, on se contente d'enlever quelques fils et tout rentre dans l'ordre.

La malade présente encore des accidents de cystite et de pyélonéphrite suppurée qui guérissent après trois jours de lavages vésicaux à l'eau distillée et au nitrate d'argent au 2/1,000°.

Le 3 février. La malade, dont l'état est bon, revient pour une fistule tuberculeuse de l'anus.

OBSERVATION V.

Marie M..., 37 ans. Entrée le 6 août 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, lit n° 6.

Antécédents personnels. — Fièvre scarlatine à l'âge de 3 ans, anasarque à la suite. Douleurs articulaires. Pleurésie droite. Pendant convalescence, contracte la variole, mais cette maladie évolue sans aucune complication.

Réglée à 14 ans ; les règles ont toujours été régulières.

Elle n'a pas d'enfant. Il y a 14 ans, elle a fait une fausse couche de quatre mois ; à la suite, elle a ressenti une vive douleur dans le ventre, une forte fièvre s'en est suivie. Elle est entrée à cette époque à Lariboisière. Elle y est restée pendant 3 mois et a été soignée pour *hématocèle*.

Depuis, elle a toujours eu mal au ventre.

Elle éprouve de violentes douleurs au moment des règles, avec accompagnement de vomissements.

Cependant, ses règles ne sont pas modifiées.

Dans l'intervalle, elle souffrait un peu et ressentait une douleur dans le bas-ventre.

Il y a 7 ans, le docteur Vincent, dans une clinique particulière, lui enlève un polype.

Cette opération fait disparaître la pesanteur qu'elle éprouvait dans le ventre.

Mais les douleurs, au moment des règles, persistent avec autant d'intensité.

Trois mois après, les règles deviennent tout à fait irrégulières et reparaissent deux à trois fois dans le mois. Elles sont très douloureuses et s'accompagnent de vomissements.

Pas d'amaigrissement, de constipation. Miction normale.

Examen. — Cette femme présente une circonférence abdominale de 88 centimètres.

Le palper fournit des renseignements incertains, par suite de la tension abdominale ; on sent une tuméfaction un peu dure du côté gauche.

Le toucher vaginal montre le col hypertrophié, rapproché de la vulve et un peu à gauche.

Le corps utérin est renversé en rétroflexion. On retrouve la tuméfaction signalée dans l'abdomen ;

Le toucher rectal montre, au devant du corps utérin rétrofléchi, une masse dure, ronde, du volume du poing environ.

Cette masse se continue probablement avec la tuméfaction abdominale.

Le 1^{er} septembre 1891, laparotomie exploratrice. On trouve un énorme hydrosalpinx aplati, remontant jusqu'à l'ombilic et très adhérent au bassin gauche.

On procède à la fermeture du ventre.

Séance tenante, extirpation vaginale de l'utérus. Débridement de la vulve à gauche. Morcellement de l'utérus en trois fragments. On extrait ensuite avec peine les annexes droites, énormes, remplies de pus, qui se crèvent pendant l'énucléation. Elles ont le volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION VI.

J. . . , Berthe, 24 ans. Entrée le 20 août 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, lit n° 19.

Antécédents héréditaires — Père et mère vivants, bien portants. Sœur morte en couches. Frère mort enfant. Six frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 15 ans, depuis elle voit régulièrement. Néanmoins, les règles sont toujours douloureuses.

En février 1889, douleurs expulsives et pertes très considérables. Cependant il n'y a pas de retard dans les règles.

Depuis cette époque, elle souffre toujours un peu dans le ventre.

En août 1890, la malade a des pertes blanches très abondantes et souffre en urinant.

Actuellement, les règles sont très douloureuses : douleurs spontanées dans le bas-ventre et dans les cuisses, surtout dans la cuisse droite et dans les reins.

Pas de constipation, mais quelques douleurs à la défécation. Plus de douleur en urinant.

Actuellement, les règles sont douloureuses. Douleurs spontanées dans le bas-ventre et dans les cuisses, surtout dans la cuisse droite et dans les reins.

Examen. — A la palpation, on sent une masse dure, volumineuse, mobile, dans la fosse iliaque droite ; de même à gauche.

Par le toucher vaginal, on sent un utérus mobile, petit. Il existe une salpingite volumineuse dans le cul-de-sac droit. On la sent très bien par le palper bi-manuel. Du côté gauche, il y a aussi une salpingite peu douloureuse.

Le 10 septembre 1891, débridement de la vulve à gauche.

Extirpation de l'utérus. La moitié inférieure de l'organe est enlevée par morcellement. Le corps de l'utérus est fendu verticalement ; chaque fragment sert ensuite à attirer les annexes volumineuses des deux côtés, suppurées et du volume d'un œuf.

Ligature des vaisseaux. Tamponnement iodoformé. Suture de la vulve.

Mort, le 12 septembre. A l'autopsie, quelques tubercules guéris au sommet du poumon. Les deux reins pèsent : l'un 80 gr., l'autre 110. Leurs surfaces sont parsemées de tubercules.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, révèle les lésions de la néphrite tuberculeuse.

DILATATION NON SANGLANTE

*Observation due à l'obligeance de M. le docteur Pichevin,
recueillie dans le service de gynécologie de M. le professeur
Le Dentu, à l'hôpital Necker.*

Schwander, Maria, 31 ans, entrée le 1^{er} mars, à l'hôpital Necker, dans le service de gynécologie de M. le professeur Le Dentu, salle Lenoir, lit n° 7.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Il y a deux ans, a eu une fièvre. Malade pendant 8 mois.

Menstruation. — Régée à 19 ans. Bien réglée. Mariée à 20 ans. Un enfant 11 mois après le mariage (couches normales). Un autre il y a deux ans. Ayant eu, à cette époque, la fièvre typhoïde, elle se remet difficilement de cette couche. Une fois remise, les règles viennent toujours bien. Pas de fleurs blanches.

Début des accidents actuels. — Le 17 décembre 1892, métrorrhagies assez abondantes à l'occasion des règles, qui durent jusqu'au 1^{er} janvier 1893.

Le 15 janvier, le métrorrhagies reviennent et durent jusqu'à maintenant. Pesanteur du côté gauche légère. Travail et marche peu pénibles. Etat général bon.

Examen local. — Gros fibrome comme une tête de fœtus, dépassant la symphyse pubienne, mobile. Utérus antéfléchi. Corne droite légèrement hypertrophiée. Electricité : environ 10 séances.

15 mars 1893. Dilatation du col.

16 mars. Curettage de l'utérus.

22 mars. Métrorrhagie coïncidant avec l'époque des règles.

10 avril. Exeat.

23 avril. Depuis 6 jours, plus de métrorrhagie.

8 mai. La malade entre de nouveau dans le service. Elle n'est restée seulement que 12 jours sans rien perdre.

10 mai. La cavité utérine se trouve dirigée en arrière, et il existe à la partie antérieure de l'utérus une masse, du volume du poing, arrondie, très douloureuse à la pression.

Son utérus n'a que 6 centimètres et est dirigé en arrière.

Les mouvements communiqués à la masse, d'un volume de deux poings, sont douloureux en dehors à la pression et font suite avec ceux que l'on communique au col utérin.

Les mouvements communiqués au col se transmettent à la tumeur, et réciproquement, les mouvements imprimés au corps se transmettent au col. Pas d'irrégularités.

La consistance n'est pas celle du fibrome dur. Il est possible que la trompe, du côté gauche, soit augmentée de volume, parce que, tout à fait en dehors, la pression est douloureuse et qu'il y a une sensation de rénitence.

La pression sur la tumeur par la paroi abdominale fait remonter la sonde.

Le doigt, introduit dans le rectum, perçoit les mouvements imprimés à la tumeur par la paroi abdominale et réciproquement.

Désirant alors toucher la tumeur, *de la main* pour ainsi dire, et compléter son diagnostic, M. le docteur Pichevin se décide à avoir recours à la dilatation, dilatation qui préparera le champ opératoire, qui l'élargira, tout en donnant des renseignements plus précis sur le siège et le volume de la tumeur.

Dilatation. — Après avoir pratiqué une injection intra-vaginale au moyen de sublimé au 1/2,000^e, on introduit dans le vagin le ballon en caoutchouc replié sur lui-même et tenu entre le pouce, l'index et le médus. Puis on opère progressivement l'insufflation au moyen d'une poire en caoutchouc, tout en ayant soin de deman-

der à la malade si elle souffre. Ordinairement, la malade n'accuse aucune douleur. On décide alors de laisser le ballon en place jusqu'au lendemain.

La malade a-t-elle besoin d'uriner ? on laisse échapper un peu de l'air du ballon et la miction s'opère avec la plus grande facilité. On regonfle ensuite le ballon.

• Le lendemain, 12 mai, après avoir retiré l'appareil, on procède de nouveau à la toilette vaginale, puis on introduit de nouveau le ballon, qu'on laisse en place pendant 48 heures.

Au bout de quelques jours, M. le docteur Pichevin peut facilement introduire les quatre doigts de la main.

17 mai. Grâce à cette dilatation, M. le professeur Le Dentu et M. le docteur Pichevin constatent un gros fibrome occupant la partie antérieure de l'utérus, peut-être avec lésion des annexes, à cause des douleurs.

18 mai. Opération (M. le docteur Pichevin). Hystérectomie par la méthode de Muller, en incisant de préférence la partie antérieure de l'utérus. On est obligé de faire le morcellement conoïde. Pas de sang. La tumeur, du volume d'une noix de coco, s'est développée aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus. C'est un fibrome interstitiel.

19 mai. Pouls fréquent : 140 pulsations à la minute.

Facies vultueux.

Température : 38°4

13 juin. Exeat. La malade est à peine rétablie, mais désire s'en aller.

En juillet, elle revient à l'hôpital consulter M. le docteur Pichevin. Elle se plaint de ne pouvoir rester debout longtemps, sans éprouver des douleurs qui l'obligent à se reposer de temps à autre. L'état général est bon.

DILATATION BI-MANUELLE

Observations que nous a bien voulu communiquer M. Gaston Richard d'Aulnay, interne dans le service de M. le Dr Verchère, à Saint-Lazare.

OBSERVATION I.

F..., Marié, âgée de 25 ans, domestique, entre à Saint-Lazare, le 16 août 1892, pour une métrite cervicale fongueuse et une vaginite blennorrhagique intense. C'est une femme de petite taille ayant, malgré son âge, toutes les apparences de l'infantilisme.

Réglée à 19 ans pour la première fois, elle voit de temps en temps ses règles manquer plusieurs mois de suite. Les rapports sexuels ayant eu lieu à l'âge de 23 ans pour la première fois ont été, depuis, espacés par des intervalles considérables.

Jamais de grossesse, ni de menorrhagies et de métrorrhagies pouvant faire croire à des fausses couches.

Le jour de son entrée, à l'examen, l'orifice vulvaire permet à peine l'introduction de l'index pour pratiquer le toucher vaginal. Le spéculum de Ricord n'y pénètre qu'avec difficulté.

Le vagin est recouvert de pus verdâtre gonorrhéique.

Le col utérin est rouge, bourgeonné, à vif sur presque toute son étendue.

Sur le bord droit de l'orifice externe se trouve, autour d'une ulcé-

ation fissuraire transversale assez profonde, une production végétante de bourgeons charnus.

Le traitement, commencé immédiatement, permet à la vaginite traitée par les lavages de permanganate de potasse et des tampons d'ouate imbibés de couleur d'aniline (bleu de méthylène), de guérir complètement en quatre jours.

Pendant ce temps, le col s'améliore sensiblement, mais n'arrive point à guérison complète. La prolifération des éléments est toujours manifeste.

Dans ces conditions, l'amputation du col est décidée.

Le 18 septembre 1892, la malade est chloroformée et l'on fait, pour augmenter l'ouverture de la vulve et du vagin, la dilatation vulvo-vaginale transversale avec deux doigts de chaque main, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation assez large pour la pénétration aisée de deux à trois doigts. Cette dilatation est faite à peu près dans les mêmes conditions que celle que l'on pratique dans le traitement de la fissure à l'anus.

L'utérus est abaissé. L'opération, faite avec aise, est rapidement menée en dix minutes.

Tampons de gaze iodoformée. Utérus refoulé à sa place normale.

Le 21 septembre 1892, premier pansement. L'anneau vulvaire conserve sa dilatation. Changement de pansement. Ouate salolée.

Le 23 septembre, deuxième pansement. Le col utérin est en très bonne voie de guérison. Lavage et tampons d'ouate et de gaze salolée.

Le 29 septembre, troisième pansement. La vulve admet facilement un spéculum de Cusco sans aucune douleur, ni sans aucune résistance.

Le 5 octobre, la malade, complètement guérie, quitte le service, conservant un orifice vulvaire normal.

OBSERVATION II.

Juliette Ch..., 49 ans, couturière, entre salle Eléonore, lit n° 20, le 30 juillet 1891, pour des syphilides papulo-érosives s'étendant sur les grandes et les petites lèvres.

D'une corpulence forte, cette femme paraît plus que son âge, mais elle est bien conformée.

Il y aurait neuf mois environ qu'elle aurait eu ses premiers rapports sexuels, et depuis, elle se serait livrée à la prostitution par intermittences.

A l'examen, on trouve, en dehors des syphilides vulvaires, de l'uréthrite, un orifice vulvaire trop étroit pour admettre le spéculum de Cusco, un peu de vaginite des culs-de-sac et une ulcération assez profonde du col.

Cette ulcération siège sur la partie droite de la lèvre antérieure. Elle est bourgeonnante, tonnentueuse, d'un rouge cerise.

Les syphilides traitées par les badigeonnages de teinture d'iode ont disparu en quinze jours, mais le col, traité d'abord par la glycérine iodoformée puis par la poudre d'iodoforme ne finissant point par guérir, est amputé selon le procédé de Schröder.

Le 17 août, Juliette Ch... est endormie au chloroforme. Elle subit la dilatation vulvo-vaginale mécanique avec le spéculum de Trélat.

Le résultat de l'élargissement permet l'introduction de trois doigts, et le col une fois abaissé, l'opération est terminée en quelques minutes.

Sutures au catgut. Pansement au salol.

Le 21 août, pansement au salol. Cicatrisation rapide et régulière. Résultat excellent.

Le 25 août, pansement à l'iodoforme. Le spéculum de Collin pénètre aisément dans le vagin.

Le 30 août, pansement au tannin.

La malade, guérie, sort de Saint-Lazare.

OBSERVATION III.

Blanche L..., 19 ans, couturière, entre le 9 novembre 1892, à la salle Sainte-Éléonore, pour une vaginite des culs-de-sac et une ulcération du col.

Il y a un an, cette femme a eu une grossesse qu'elle a menée à terme. Accouchement normal, déchirure du périnée et du col de l'utérus.

Le périnée est suturé au crin de Florence et le col est simplement pansé à l'ouate iodoformée.

A l'examen, le 10 novembre 1892, uréthrite traitée par un lavage quotidien de permanganate de potasse mélangé à du sublimé.

Santal et salol à l'intérieur. Vulve profondément rétrécie créant des difficultés pour tout examen vaginal par le fait de la suture de la fourchette. Malgré tout, on arrive peu à peu à faire l'examen avec un spéculum de Ricord.

Vagin rouge, chaud, granuleux ; rougeur accentuée vers les culs-de-sac. Cul-de-sac postérieur recouvert de pus acide.

Col utérin dilacéré, macéré, mamelonné et saignant facilement ; métrite blennorrhagique, muco-pus sortant par l'orifice externe.

Hystérométrie. — Neuf centimètres.

Nettoyage et lavage au sublimé. Bleu de méthylène avec tampon d'ouate ordinaire pour deux jours.

12 novembre. Tampons de bleu de méthylène retirés, lavages. Col non modifié. Culs-de-sac sans pus. Tampons d'ouate simple.

13 novembre. Plus d'écoulement vaginal. Col gros, macéré. Dilatation vulvo-vaginale bi-manuelle sous le chloroforme. Curettage et opération d'Emmet sous le chloroforme. Durée : 25 minutes. Pansement à l'ouate iodoformée.

23 novembre. Lavage. Un fil de catgut a coupé à gauche les tissus du col utérin. Il n'y a plus de tissu érosif sur le col. L'anneau vulvaire a conservé son augmentation orificielle.

25 novembre. La malade sort malgré sa déchirure latérale gauche, qui, épidermée, forme un sillon rectiligne.

COMPARAISON ENTRE LA DILATATION SANGLANTE ET NON SANGLANTE

Conclusions

Maintenant que nous avons parlé des deux dilata-tions, que nous avons cité des Observations se rappor-tant à l'une et à l'autre, il nous est permis de nous demander à quel procédé nous aurions recours de préférence.

Dans la dilatation sanglante, on opère, on se sert du bistouri, on fait une incision et, par conséquent, une plaie intéressant des organes prompts à s'enflammer au contact de la moindre souillure. De là aux différents accidents de la septicémie, il n'y a qu'un pas.

De plus, il peut aussi arriver qu'à la suite de l'extir-pation par morcellement d'un utérus cancéreux, une récurrence vaginale puisse se faire dans les limites du débridement.

Cette opération est-elle absolument exempte de dan-gers ? Nous lisons dans la *Pathologie médico-chirurgicale* de Roche et Sanson, les lignes suivantes :

« On a conseillé de faire des incisions sur les parois

du canal vulvo-vaginal, mais on s'expose à blesser le rectum et la vessie », et un peu plus loin :

« On sent, en effet, que le danger de blesser le rectum et la vessie, ainsi que cela est arrivé, doit rendre très circonspect dans l'usage des instruments tranchants ; aussi, ne doit-on se décider à de semblables opérations que quand il y a absolue nécessité (1). »

Dans la dilatation non sanglante, au contraire, dans cette dilatation graduelle et raisonnée, par excellence, on ne fait pas la plus petite solution de continuité au vagin et à la vulve. Et, en effet, que se propose-t-on dans la dilatation non sanglante ? C'est d'amener progressivement le canal vulvo-vaginal à l'acte qu'il accomplit physiologiquement à la fin de la grossesse, lorsqu'il se dilate suffisamment pour donner passage à la tête fœtale. Mais la dilatation sanglante donnera peut-être plus de jour à l'opérateur ? Nous avons vu qu'en incisant la vulve, on peut arriver facilement à introduire quatre doigts dans le vagin. A quels résultats arrive-t-on avec la dilatation non sanglante ? Les Observations qu'ont bien voulu nous communiquer M. le Dr Pichevin et M. Gaston Richard d'Aulnay, sont là pour nous renseigner complètement à ce sujet.

On arrive facilement à introduire également quatre doigts dans le vagin, soit en pratiquant la dilatation avec le ballon de caoutchouc, ou bien en faisant la dilatation bimanuelle.

(1) ROCHE et SANSON. *Pathologie médico-chirurgicale*, p. 1154.

Nous concluons donc en disant que :

1° La dilatation vulvo-vaginale (nous donnons nos préférences à la méthode non sanglante), est un excellent procédé de diagnostic pour les différentes maladies de l'utérus et des annexes ;

2° La dilatation vulvo-vaginale élargit le champ opératoire ; grâce à elle, on peut extirper par la voie vaginale d'énormes polypes, de gros fibromes qui réclamaient autrefois leur sortie par la voie abdominale. Elle facilite singulièrement l'hystérectomie.

3° La dilatation vulvo-vaginale (le procédé non sanglant), ne présente aucun danger et n'entraîne aucune complication.

Vu : le Doyen, Vu : le Président de Thèse,
BROUARDEL. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVARD (A.). — De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique.
- BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes. 1888.
- CHURCHILL (Fleetwood). — Traité pratique des maladies des femmes. Traduit de l'anglais par Alexandre Wieland et Jules Dubrisay. 1884.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. 1881.
- DUPLAY. — Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie. 1890.
- EMMET. — La pratique des maladies des femmes, par le Dr Ollivier. 1887.
- EUSTACHE. — Manuel pratique des maladies des femmes. Manuel et chirurgie. 1881.
- GUIBOU. — Traité clinique et pratique des maladies des femmes. 1886.
- HÉGAR et KALTENBACH. — Traité de gynécologie opératoire. 1885.
- HOFMEIER (M.). — Manuel de gynécologie opératoire traduit par le Dr Lauwers (de Courtrai), 1889.
- MALLET (H.). — Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin et la vessie. Th. de Paris. 1892.
- MARTIN (A.), de Berlin. — Traité clinique des maladies des femmes, traduction d'Henri Varnier et de F. Weiss. 1889.

- MUNDÉ. — Traité de petite chirurgie gynécologique, traduction E. Lauwers. 1884.
- NONAT. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- POZZI. — Traité de gynécologie pratique et opératoire. 1890.
- ROCHE et SANSON. — Pathologie médico-chirurgicale. Paris, 1823.
- SECHEYRON. — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale. 1888.
- SINÉTY. — Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes. 1884.
- SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique, ouvrage traduit et annoté par Chantreuil, chef de clinique de médecine de Paris. 1874.
- TARRAL (Claudius). — Mémoire sur l'ablation de l'utérus. Journal hebdomadaire de médecine. 1823. T. V, p. 403.
- VULLIET et LUTAUD. — Leçons de gynécologie opératoire par Vulliet, professeur à la Faculté de Médecine de Genève, et Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare. 1890.
- Annales de Gynécologie. 89-90-91-92.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- Journal hebdomadaire de médecine. 1823.

